Rok XXXVII. Kraków 22 Stycznia 1898. Nr. 4.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Rzut oka na obecny stan wiedzy o dowolnem wpływaniu na płeć potomstwa u zwierząt,

podał

Profesor L. Adametz.

Z okazyi wielkiego zainteresowania się, jakie wzbudziły u ogółu enuncyacye Prof. Schenka, zwróciłeś się uprzejmie, Panie Redaktorze, do mnie z zapytaniem, jakie stanowisko zajmuje hodowla zwierząt domowych w sprawie oznaczania z góry płci u potomstwa i dowolnego na nią wpływania. Sprawa ta jest wielkiej wagi, dla hodowcy ma ona może nawet jeszcze większą doniosłość, niż dla lekarza, a przytem łatwiej hodowcy prowadzić w tym kierunku doświadczenia, niż lekarzowi. Te okoliczności sprawiły, że hodowla zwierząt posiada bardzo obszerną literaturę, tyczącą się tego przedmiotu. Niestety, nie jestem w możności szczegółowo tu jej rozstrząsać: obarczony pracą i zajęciami zawodowemi, mogę zaledwie okazać Panu dobrą moją wolę, przedstawiając w zarysie zapatrywania dzisiejsze hodowców na sprawę możliwości wywierania dowolnego wpływu na płeć potomstwa.

Wykonane na tysiącach osobników badania nad tak zw. „stosunkiem płci [1]" u różnych gatunków zwierząt domowych wykazały, że stosunek ten jest dla każdego gatunku dosyć stały i określony. Należy więc zupełnie wyłączyć mniemanie, aby stosunek liczby osobników męzkich do żeńskich mógł zależeć od ślepego przypadku; prawidłowość i stałość tego stosunku raczej nakazuje nam przyjąć, że na wytworzenie się płci muszą wpływać ściśle określone czynniki.

Co się tyczy tego, w jakim czasie czynniki te zaczynają wywierać wpływ, możnaby sobie wyobrazić następujące trzy możliwości:

1) odpowiednie czynniki mogły oddziałać na komórki płciowe jeszcze *przed* zapłodnieniem;

2) mogły one oddziałać na płeć dopiero *po* zapłodnieniu;

3) można sobie wyobrazić, że jakkolwiek już podczas zapłodnienia zaznaczonym został kierunek, w którym się ma płeć rozwinąć, to jednak później może pod tym względem nastąpić zmiana, wskutek oddziaływania szeregu innych czynników.

Wyniki prac, przedsiębranych w celu wykrycia czynników, które oddziaływują na powstawanie płci, oraz badania, przeprowadzone nad nimi, można streścić w następujących punktach [2]):

I) Czynniki, oddziaływujące na wytworzenie się płci aż do chwili zapłodnienia:

a) stopień mocy (potencyi) płciowej, zwłaszcza zwierzęcia męzkiego (n. p. osłabienie wskutek częstego używania zwierzęcia do rozpłodu);

b) stan odżywienia ustroju przed zapłodnieniem;

c) względny wiek parzących się osobników;

d) względna dojrzałość jaja.

II) Czynniki, które zaczynają oddziaływać dopiero po zapłodnieniu:

e) warunki odżywiania się płodu.

Wymienione czynniki, które uznano jako współdziałające przy wytwarzaniu się płci, okazują swe działanie w sposób następujący:

ad a) zwierzęta, często używane do rozpłodu, wytwarzają przeważnie męzkie potomstwo (Fiquet-Texas);

ad b) używanie do rozpłodu źle odżywianych osobników męzkich pociąga za sobą częstsze występowanie płci męzkiej;

ad c) parzenie starszych zwierząt płci męzkiej z osobnikami żeńskimi, znajdującymi się jeszcze w pełni sił, pociąga za sobą znacznie częstsze występowanie u potomstwa płci męzkiej (zrazu spostrzegane u człowieka, później sprawdzone także w stadninach i uznane za uzasadnione; prawo *Hofacker-Sadler*);

ad d) stosunkowo większy stopień dojrzałości jaja w chwili zapłodnienia ma jakoby wpływać na wytworzenie się u płodu płci męzkiej; mniejszy stopień dojrzałości jaja ma powodować wytworzenie się płci żeńskiej (tak zw. teorya *Thury*);

ad e) obfite odżywianie płodu ma wpływać na występowanie u potomstwa płci żeńskiej (*Ploss*, *Wilckens* itd.).

Roztrząsając bezstronnie wyniki prób, wykonanych w różnych miejscowościach, w celu sprawdzenia wpływu czynników, oddziaływujących na tworzenie się płci, stwierdzamy, że pierwsze 3 z pośród przytoczonych czynników mają istotnie duże znaczenie przy tworzeniu się płci u potomstwa, gdy tymczasem czynnikom, przytoczonym *sub* d) i e), brak, jak się zdaje, pewności i stałości w sposobie oddziaływania [zwłaszcza kontrola przepisów *Thuryego* dała prawie wszędzie wyniki ujemne].

Znacząca tu jest ta okoliczność, że właściwie wszystkie trzy powyżej wspomniane czynniki w istocie swojej sprowa-

[1]) „*Stosunkiem płci*" nazywa się liczba zwierząt płci żeńskiej, przypadających na 100 męzkich. U koni np. stosunek płci waha się w różnych krajach od 94 do 97.

[2]) Pomijamy tu oczywiście te prace, które nie wytrzymują krytyki naukowej, w których n. p. sposób dowodzenia nie stał na poziomie naukowym tego czasu, w którym praca była ogłoszoną.

dzają się do jednego i tego samego i stoją w związku z pewnym, ściśle oznaczonym stanem sił ustroju.

Wszystkie te trzy czynniki (osłabienie płciowe, zły stan odżywienia, późny wiek) sprowadzają się w przytoczonych przez nas przykładach (a—c) do pewnego względnego osłabienia intensywności procesów wymiany materyi, osobliwie w narządach płciowych.

Widzimy dalej z wyników dokonanych badań, że właściwie we wszystkiem tem idzie o sprawę zachowania gatunku, a mianowicie o tyle, że jest dążność do wytworzenia się w potomstwie tej płci, która jest słabszą pod względem fizyologicznym, albo raczej biologicznym i która zatem ma większe prawdopodobieństwo zaniknąć.

Nadto, bliższe rozważenie czynników, warunkujących tworzenie się płci, wskazuje, w jaki sposób można w praktyce wywrzeć pewien wpływ na płeć oczekiwanego potomstwa *(willkürliche Hervorbringung des Geschlechts)*. Na pierwsze dwa czynniki człowiek do pewnego stopnia może oddziaływać. Szczególnie czynnik drugi można ująć w formę określonej metody i spożytkować go, n. p. w postaci odpowiednio zmienionego sposobu odżywiania lub sposobu życia, do wywierania wpływu na płeć w dowolnym kierunku.

Ze wszystkich tak zw. „metod“ wytwarzania oznaczonej płci, któremi świat dotychczas był uszczęśliwiany, można uważać tylko jednę, jako wychodzącą z właściwego założenia, sądząc z wyników licznych doświadczeń, przeprowadzonych w różnych miejscowościach. Jest to metoda, do której doszedł Fiquet w Houston (Texas) na podstawie spostrzeżeń, zebranych na bydle w preryach Amerykańskich.

Fiquet uzyskał bez wyjątku wynik dodatni w 30 przypadkach, w których oddziaływał na utworzenie się u potomstwa tej płci, której sobie życzył. Wynik ten osiągnął on za pomocą uregulowanego w odpowiedni sposób żywienia obojga rodziców (bydła), niekiedy także przy odpowiedniem, bezpośredniem oddziaływaniu na sferę płciową zwierząt.

Postępował on przytem w sposób następujący: jeżeli n. p. wynikiem parzenia miał być byczek, to do obficie żywionej, silnej krowy dopuszczał on buhaja, trzymanego przez dłuższy czas na skąpej karmie, lub też zużytego już płciowo; w niektórych przypadkach, zapewne ażeby podnieść siłę płciową krowy, czekano, aż pierwsze grzanie się spokojnie przejdzie, poczem dopiero, podczas następnego latowania, dopuszczano buhaja.

W ciągu ostatnich lat kilkunastu powyższe dane Fiqueta poddano z różnych stron kontroli, ale niestety, po większej części tylko na małą skalę. W większości jednak przypadków dane te potwierdzono.

Bezwzględnej pewności naturalnie i ta metoda nie daje, z tej prostej przyczyny, że uwzględnia ona tylko część czynników, które wchodzą w grę przy wytwarzaniu się płci, a bynajmniej nie wszystkie.

Czy Prof. Schenk w pracach swoich nad tym przedmiotem istotnie nową drogą poszedł, czy i o ile na prawdę nową jest „metoda“ jego, otoczona przez dziennikarstwo aureolą nowości i tajemniczości, albo też, czy nie jest ona tylko po prostu rozwinięciem metody Fiqueta i n. p. polega na zastósowaniu ściśle oznaczonej dyety, — o tem niedługo zapewne bliżej pouczą nas tak szumnie przez Prof. Schenka zapowiedziane publikacye.

II. Kilka słów o marskości przedsionka sromowego
(*Kraurosis vulvae*)

podał

Prof. Dr. A. Mars.

Marskość przedsionka sromowego jest cierpieniem, o którem do obecnej chwili nie wiele jeszcze powiedzieć można. Znane ono jest dopiero od bardzo niedawna, gdyż dopiero w roku 1885 pierwszy zwrócił na nie uwagę Breisky [1]), który spostrzegał 12 przypadków. Prócz niego opisali tę chorobę: Fleischmann [2]) 8 przypadków, Janowski [3]) 6, A. Martin (Orthmann) [4]) 5, Hallowell [5]) 2, Hatchette [6]) 3, Bartels [7]) 1, Reed [8]) 6, Rona [9]) 1, Martin [10]) 3, Peters [11]) 1, Gördes [12]) 1, Czempin [13]) 2, Neumann [14]) 1, Frederick [15]) 1, Veit [16]) 1., Pfannenstiel [17]).

Nadto niektórzy autorowie wspominają o przypadkach, które tu zaliczać trudno, jak n. p. Johnstone [18]) opisuje 6 przypadków, nieokazujących cech właściwych marskości przedsionka; a i między tymi, któreśmy powyżej wyliczyli, niektóre są zaledwo wzmiankowane (Veit), albo niepewne (Frederick). Ponieważ nie cała literatura była mi dostępną, mogę się mylić; ale w każdym razie nie o wiele, jeżeli przyjmę, że razem było ogłoszonych mniej więcej około 55 przypadków.

Opisy, spotykane w literaturze, dotyczą spostrzeżeń klinicznych i to głównie obrazu chorobowego. Żaden ze znanych przypadków nie był na stole sekcyjnym, a spostrzeżenia anatomiczno-patologiczne odnoszą się do badań drobnowidowych, dokonanych w kilkunastu zaledwo przypadkach, na kawałkach, które wycięto za życia, już to w celu badania, już też w celu operacyjnym. Z tego wynika, że mimo dość pokaźnej liczby ogłoszonych przypadków, spostrzeżenia, do tej pory poczynione, mogą być tylko jednostronne, a tem samem i niedostateczne. Jeżeli wreszcie uwzględnimy, że zdania autorów nie są zupełnie zgodne, i że różnica zapatrywań musi sprowadzać w poglądach zamięszanie, przyznać musimy, że rzecz jeszcze jest bardzo mało zbadana i znana. To, co nam dotychczas jest wiadome, można zestawić w niewielu zdaniach.

Obraz chorobowy, klinicznie spostrzegany, autorowie przedstawiają zgodnie, a i opisy zmian drobnowidowych nie wiele odbiegają od pierwotnego opisu Breiskyego i to rzecz naturalna, bo w obec cierpienia niedostatecznie zbadanego, tylko te przypadki mogą być brane w rachubę, które w objawach klinicznych całkowicie się zgadzają.

Chore skarżą się na uczucie palenia i pieczenia w kroku, na parcie ku dołowi, niektóre na świąd, inne na uczucie prężenia i napięcia; to ostatnie uczucie zdaje się być najogólniejszem, cierpieniu temu właściwem i najwięcej dokuczliwem (Martin); dalej na utrudnione chodzenie, na zwężenie wnijścia pochwowego i utrudnione spółkowanie, na przypady ze strony pęcherza moczowego, wreszcie na znaczną boleśność części schorzałych, która w niektórych przypadkach, przy ruchach, oddawaniu moczu i stolca, jak niemniej przy spółkowaniu, znacznie się potęguje.

Badanie przedmiotowe wykazuje: wejrzenie przedsionka zmienione; sucha skóra przedstawia białawe smugi, albo też plamy, które ku ujściu pochwowemu się zlewają, nabierając wejrzenia perłowej masy. Cały przedsionek skur-

czony, w miejscu łechtaczki jej ślad, albo tylko rowek, tak się wydaje, jakby była zarośniętą; wargi mniejsze, ledwo jeszcze zaznaczone, albo ich brak zupełny. Wnijście pochwowe nie podatne, przepuszcza ledwie palec. Dotykanie i wprowadzanie palca bolesne, a przy silniejszem rozchylaniu warg sromowych, powstają pęknięcia skóry nieznacznie broczące.

Zależnie od tego, czy spostrzegamy cierpienie w początku jego rozwoju, czy też w okresach późniejszych, gdy zmiany są już daleko posunięte, występują one mniej lub więcej wybitnie.

Jako wzór wcześniejszego okresu możemy przyjąć przypadek opisany przez Petera z kliniki A. Martina; przeważna część reszty opisów odnosi się do przypadków ze zmianami późniejszemi, dalej posuniętemi.

Prawie zawsze zmiany dotyczyły tylko samego przedsionka sromowego, kończyły się ścisłem odgraniczeniem w jedną stronę na granicy porostu na większych wargach sromowych, a w drugą na samem wnijściu pochwowem. — Fleischmann widział w jednym przypadku odnośne zmiany tylko po jednej stronie przedsionka. W przypadku opisanym przez Gördesa, z kliniki Martina, zmiana chorobowa przekraczała zwykłą granicę i rozciągała się na okolicę rzyci, podobnie w przypadku Pfannenstiela.

Ze względu na wiek osób, które temu cierpieniu podpadały, zauważono, że wydarza się ono począwszy od 20 roku życia w różnych latach; spotykano je tak dobrze u panien (Veit), jako też u mężatek; podczas ciąży (Breisky, Fleischmann, Elischer[19]), jako też i po za ciążą, a wreszcie i w wieku podeszłym (Hatchette Langyear)[20]).

Z cierpień towarzyszących, prócz upławów, znachodzono w kilku przypadkach zakażenie rzeżączkowe, w kilku kiłowe, w jednym polip macicy (Peter), w jednym wyprysk pod pachami (Bartels), kilkakrotnie spostrzegano powikłanie z rakiem, a mianowicie w jednym przypadku znalazł Martin wśród chorobliwego utkania dwa guzki rakowate, również Czempin znalazł w wyciętych częściach guzek rakowaty. Wreszcie Janowski widział na początku cierpienia *Oedema scleroticum*.

Skutkiem zwężenia powstałego we wchodzie do pochwy widziano pęknięcia podczas porodu, a także obserwowano naddarcia wnijścia pochwowego podczas spółkowania.

O pochodzeniu tego cierpienia nie wiemy właściwie nic pewnego; istnieją tylko domysły. Janowski przypuszcza, że długotrwałe upławy i wrzody kiłowe, mają tu znaczenie; Orthmann przypuszcza wpływ zakażenia rzeżączkowego; Reed zwraca uwagę na cechę zapalną cierpienia; Martin przypuszcza wstępny okres zapalny; twierdzi on, że związek z kiłą jest możebny; lecz właściwie przyczyny nieznamy; Sänger[21]) mówi o związku tego cierpienia z chorobliwym świądem sromu, Johnstone identyfikuje z jaglicą spojówek powiekowych; Langyear przypuszcza przyczynę w ośrodkach nerwowych, podobnie Lewin[22]) i Rona. Neumann wskazuje na drażnienie zewnętrzne jako przyczynę. Przypuszczenie to opiera na ugrupowaniu zmian, jakie spostrzega pod drobnowidem. Veit w III tomie swej ginekologii stara się bardzo zręcznie połączyć w związek przyczynowy świąd sromu z marskością przedsionka. Twierdzi on bowiem, że najprawdopodobniej drapanie, a względnie tarcie, w przypadkach chorobliwego świądu, daje pobudkę do sprawy zapalnej w przedsionku, która w następstwie prowadzi do zmian obserwowanych w przypadkach marskości przedsionka. W ten sposób może nieco sofistycznie dochodzi do konkretnego określenia, że *kraurosis vulvae* jest zwężeniem i skurczeniem przedsionka, które się wytwarza z zapalnej sprawy w skórze, wywołanej drapaniem pod wpływem silnego chorobliwego świądu.

Z tego wszystkiego wynika, że o przyczynie powstawania marskości przedsionka nic pewnego powiedzieć nie można.

Przebieg choroby niewątpliwie przewlekły i na lata rozciągać się może. Frederick sądzi, że w jego przypadku cierpienie trwało od lat 19-tu; twierdzeniu temu niewiele jednak ufać można, gdyż i sam opisany przypadek nie jest pewny. Niektórzy autorowie obserwowali rozwój zmian chorobowych przez dłuższy przeciąg czasu (Hatchette). Martin twierdzi, że cierpienie może się na pewien czas zastanowić. Po wycięciu kawałków do badania drobnowidowego, widział Peter w ciągu trzech miesięcy szybki postęp zmian chorobowych. Najwięcej pouczającym w tej mierze jest przypadek Czempina, który obserwował chorą przez lat ośm, a w ciągu tego czasu zmiany powoli się wytwarzały. Zejście cierpienia nieznane, albowiem spostrzegane przypadki albo się usunęły z pod obserwacyi lekarskiej, albo też zostały operowane.

Pierwsze badanie drobnowidowe na wyciętym kawałku przeprowadził w jednym przypadku Breyskyego jego asystent Fischel[23]). Dokładniejsze wyniki zawdzięczamy właściwie badaniom dokonanym na klinice Martina, przez niego samego, oraz Orthmanna, Gördesa i Petera. Mniej-więcej zgodne wyniki podają też i inni autorowie; — tylko Neumann ogłosił w ostatnich czasach wyniki badania drobnowidowego, które przedstawiają obraz nieco odmienny. Fischel znalazł: „pod drobnowidem zmiany podobne do zbliznowacenia brodawek, których tkanka łączna okazywała stwardnienie, była prawie bezpostaciową i tylko nie wiele równoległych pasem zawierającą, chociaż jak wiadomo, posiada uwłóknienie falowate. Brodawki nierównej wielkości, przeważnie niskie. Siatkowata warstwa przyskórkowa w niektórych miejscach była bardzo cienka. — Gruczołów łojowych na skrawkach nie widział, z potnych znalazł na jednym preparacie tylko ślady“.

Orthmann w jednym ze swoich przypadków stwierdził, „że utkanie znachodziło się częścią w stanie zaniku, częścią zaś przerostu. W pierwszym razie pod bardzo cienką warstwą rogową (*stratum corneum*) leżała sieć Malpighiusza, albo bardzo ścieńczała albo tylko w małych resztkach miejscami utrzymana, a nawet na większych przestrzeniach całkiem zanikła. W miejscach, gdzie miazdra *(corium)* dosięgała bezpośrednio do warstwy rogowej, nie można było brodawek rozeznać. Utkanie skóry właściwej straciło zupełnie swoje falowate ułożenie, stało się zbite i mocno stwardniałe. W tem zbitem do bliznowatego podobnem utkaniu tu i ówdzie w smugowatem ułożeniu widać naciek drobnokomórkowy, który w głębszych warstwach jest wyraźniejszy“.

„Natomiast w pasie przybrzeżnym, przedstawiającym przejście do zdrowej skóry, utkanie znajduje się w stanie przerostu. Warstwa rogowa *(stratum corneum)* naskórka znacznie rozszerzona, komórki ułożone są łuskowato w kilku warstwach na rozszerzonej sieci Malpighiusza. Brodawki pod

temi miejscami bardzo znacznie w szerz rozciągnięte, mniej lub więcej naciekłe drobnokomórkowo, podobnie jak i cała miazdra" *(corium)*. Na skrawkach znów z innego przypadku O. stwierdził: „tkankę tłuszczową i podskórną również drobno-komórkowo naciekłą. Naciek ten wypełnia w smugowatem ułożeniu szczeliny między tkanką łączną, najczęściej w kierunku pionowym do powierzchni. Pomiędzy tem napotyka się i okrągławe skupienia drobno-komórkowego nacieku, który się tu i owdzie aż do brodawek rozciąga".

„Wśród utkania można widzieć kilka wązkich przekrojów naczyń, otoczonych naciekiem drobno-komórkowym i przerosłą tkanką łączną, które wyglądają jakby uciśnięte. Zmian w nerwach O. nie widział. Badanie bakteryologiczne dało wynik ujemny".

Martin daje następujący opis: „Warstwa rogowa jest na różnej przestrzeni częścią szeroką, częścią wązką; sieć Malpighiusza prawie w całości zcieńczała tak, że często miazdra *(corium)* sięga aż pod warstwę rogową. Brodawki okazują nader rozmaite postacie; na miejscach bardzo zmienionych były one, równie jak i głębiej położona tkanka łączna skóry, naciekłe dużemi komórkami okrągłemi, które ułożone były częścią w okrągławych ogniskach, częścią więcej smugowato, między wiązkami tkanki łącznej. Na miejscu drobnokomórkowego nacieku występuje w dalszym przebiegu wybitne stwardnienie skóry właściwej; jest ona matowo-lśniąca, nadzwyczaj uboga w komórki i naczynia. W tkance tłuszczowej podskórnej prawie żadnych gruczołów rozeznać nie można, natomiast jest ona także przepojona mniej lub więcej rozległym naciekiem drobnokomórkowym".

Peter znalazł w przypadku, w którym zmiany chorobowe nie były jeszcze zbyt rozwinięte: „warstwę rogową miernie rozszerzoną, obficie naciekłą, leukocytami i charakterystycznemi szklistemi łuskami. Sieć Malpighiusza miejscami nieco spłaszczona; to jednak zdaje się polegać nie tyle na zaniku komórek, ile na bocznem zniszczeniu, skutkiem ucisku do stosunkowo silnej warstwy rogowej. Warstwa ziarnista *(str. granulosum)* zredukowana odpowiednio znaczniejszemu zrogowaceniu do jedno lub dwu-warstwowego, często poprzerywanego pokładu".

„Komórki kolczaste i walcowate są mocno napęczniałe, w górnych warstwach miejscami i w połączeniu między sobą — rozluźnione. Między komórkami istnieje nader obfity naciek leukocytów. Naskórek miazdry *(corium)* na znacznych przestrzeniach podniesiony wypociną, która zawiera ciałka białe, złogi włóknikowe, łuski barwikowe i masy bezpostaciowe".

„Warstwy powierzchowne skóry właściwej są mocno napęczniałe, brodawki pod uciskiem obrzęku częściowo zanikłe; przesiąkłe utkanie jest nacieczone białemi ciałkami i złogami włóknikowymi; wiązki tkanki łącznej utraciły swą budowę. W głębszych warstwach skóry uderza gęsty naciek drobnokomórkowy-zapalny, który się jednak tylko do warstwy skóry ogranicza tak, że tkanka podskórna wydaje się prawidłową, a mianowicie, ani koło naczyń, ani koło gruczołów potnych, nie znachodziły się objawy zapalenia".

„Torebki włosowe, naczynia, gruczoły łojowe i potne są dobrze utrzymane i nieokazują żadnych zboczeń od prawidłowych".

„W obrzękłej warstwie brodawkowej nie znachodził zakończeń nerwowych; natomiast w głębszych warstwach obficie stwierdził przekroje zupełnie prawidłowych pni nerwowych, które nie okazywały ani świeżych zmian zapalnych, ani też zwyrodnienia włóknistego. Zanik spostrzegał tylko w tkance sprężystej. Siatka włókien sprężystych była w prawidłowej ilości do wysokości nacieku drobnokomórkowego w skórze właściwej; ale w tkance łącznej, powyżej położonej i napęczniałej, zupełnie zniszczała".

„Pomijając zmianę dotyczącą tkanki sprężystej, w preparatach, które pochodzą ze stosunkowo wczesnego okresu chorobowego, wcale znamiona zaniku nie znachodziły się. Najwybitniej występowały zmiany na preparatach zrobionych sposobem Bendy. Obrzęk górnych warstw skóry właściwej występował w nich szczególniej wyraźnie, pod nim jednak widać, w miejsce nacieku zapalnego, właściwą siatkę wrzecionowatych albo gwiazdkowatych komórek, które swemi pierwoszczynowemi wypustkami na wszystkie strony ze sobą się łączą, a miejscami są ułożone we włókna. Mamy tu młodą nowowytworzoną tkankę łączną, będącą w bliznowatem kurczeniu się. Szczególniejszem jest to, że w naszych preparatach ta ziarninowa tkanka ogranicza się do średniej trzeciej części skóry właściwej i tworzy tutaj jednostajną ciągłą warstwę".

„Równocześnie z publikacyą Petera przedstawił Neumann w Towarzystwie lekarzy wiedeńskich przypadek, okazujący cechujące zmiany makroskopowe, odpowiadające marskości przedsionka sromowego, w którym znalazł na skrawkach mikrotomowych, następujące zmiany: „warstwa rogowa naskórka, tworzy wstążkowate pasma o falowatym przebiegu; jądra komórek, nawet w głębszych warstwach, ledwo zaznaczone. Warstwa Ohla nigdzie niewidoczna, pod czas gdy warstwa ziarninowa w większej części utrzymana, warstwa oścista *(stratum spinosum)* występuje bardzo wyraźnie i, jak przy wszystkich naskórkowych sprawach przerostowych, wydaje się szczególniej wyraźnie rozwinięta. Tkanka skóry właściwej mocno śpilśniona, w niej widzi się obfite bujanie jąder rozmaitej postaci, zaokrąglone i wrzecionowate. Warstwa brodawkowa utrzymana, brodawki w niektórych miejscach wydłużone z bujającem utkaniem, bez wyraźnie spostrzegalnych pętli naczyniowych. Naczynia są objęte miejscami bujającą tkanką łączną; na przekrojach spostrzega się bujanie śródbłonka".

(Dokończenie nastąpi).

III. Z oddziału położniczego szpitala św. Łazarza w Krakowie pod kierunkiem prof. Dra A. Marsa.

W sprawie pielęgnowania noworodków

napisał

Dr. Franciszek Kośmiński

asystent szkoły położnych w Krakowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 3).

Dla dalszego porównania wziąłem znów gromadę noworodków w liczbie 50, u których, po krótkiem ucięciu pępowiny, opatrywano resztę pępowiny zupełnie tak samo jak w owych 200 przypadkach, z tą jednak różnicą, że noworodki raz jeden dziennie kąpano i po kąpieli zupełnie świeży opatrunek zakładano. Wynik był następujący: resztka pępowiny oddzielała się najpóźniej w 8-mym dniu i to w dwu

przypadkach, to jest w 4%, najwcześniej zaś w 3-cim dniu w 7-miu przypadkach, to jest w 14%; przeciętnie oddzielenie się resztki pępowiny następowało w 4·5 dniu. Nieprawidłowe oddzielanie się pępowiny i gojenie się rany pępkowej spostrzegano w 9-ciu przypadkach, to jest w 18% przypadków.

Jeżeli teraz porównamy ze sobą cztery gromady noworodków, w których resztka pępowiny była opatrywaną już to ściśle aseptycznie, lub też antyseptycznie, stosując oczyszczanie 1‰ roztworem sublimatu i posypując dermatolem, tak po krótkiem jako też po długiem obcięciu pępowiny, przy równoczesnem stósowaniu kąpieli lub nie, to jak z załączonego zestawienia widzimy, najlepszy wynik otrzymaliśmy bezwarunkowo w gromadzie III, gdyż nieprawidłowe

Gromada	Sposób postępowania	Ilość przypadków	Czas przeciętny oddzielania się pępowiny	Nieprawidłowe oddzielenie i gojenie się wystąpiło: Liczba przypadków	%
I	Opatrunek aseptyczny, resztka pępowiny długa, kąpieli nie stósowano	50	5.8 dniu	11	22%
II	Opatrunek aseptyczny, resztka pępowiny długa, jednorazowa codziennie kąpiel . . .	50	5.5 dniu	17	34%
III	Opatrunek antyseptyczny, obmywanie 1‰ sublimatem i posypywanie dermatolem, pępowina krótko obcięta, kąpieli nie stósowano	200	4.65 dniu	13	6.5%
IV	Opatrunek antyseptyczny, obmywanie 1‰ sublimatem i posypywanie dermatolem, pępowina krótko obcięta, jednorazowa codziennie kąpiel	50	4.5 dniu	9	18%

oddzielenie się resztki pępowiny nastąpiło tylko w 6·5% przypadków, najgorszy zaś wynik okazuje gromada II, przy postępowaniu dziś prawie ogólnie przyjętem. Co do czasu oddzielenia się resztki pępowiny, to w przypadkach pozostawienia dłuższej resztki pępowiny oddzielanie następowało później; w przypadkach zaś krótkiego obcięcia pępowiny oddzielenie następowało znacznie wcześniej, gdyż różnica wynosi mniej więcej jeden dzień. Natomiast, czy resztka pępowiny była krótka, czy też dłuższa, zawsze czas przeciętny, potrzebny do oddzielenia się resztki pępowiny, był nieco krótszym w przypadkach, w których stósowano kąpiele, aniżeli w tych, w których kąpieli nie stósowano.

Wynik ten jest zupełnie zgodnym ze spostrzeżeniem, jakie zrobił Mikucki[1]; a jednak na pozór wydaje się być dziwnym. A więc codzienne moczenie podsychającej pępowiny nie wpływa na pozór niekorzystnie na oddzielanie się resztki pępowiny, skoro je przyśpiesza.

[1]) Mikucki. Przegląd lekarski, Nr. 36 i 37 — 1897.

Jeżeli teraz zastanowimy się, jakiemu działaniu podlega resztka pępowiny podczas kąpieli, to przekonamy się, że działanie jest dwojakie: po pierwsze działa tu wilgoć, a po drugie resztka pępowiny w czasie kąpieli porusza się ciągle w okolicy pierścienia skórnego wraz z wodą i w ten sposób niejako mechanicznie ulega częściowemu oddzieleniu. Że tak jest, dowodzi codzienne doświadczenie; wiemy przecież, że w największej liczbie przypadków oddzielenie się resztki pępowiny następuje wśród kąpieli.

Co do działania wilgoci na resztkę pępowiny, to jeżeli woda, użyta do kąpieli, jest przegotowaną, naczynie zupełnie czyste, a osoba kąpiąca ma również czyste ręce, to z pewnem prawdopodobieństwem możemy przypuścić, że szkodliwie na sprawę oddzielenia się pępowiny nie zadziała. Inaczej musimy się zapatrywać na wykonywanie ruchów przez podsychającą pępowinę.

Dokąd pępowina leży w spokoju, owodnia, pokrywająca pępowinę, zasycha i tworzy niejako ochronę przed wtargnięciem drobnoustrojów. Jeżeli wykonamy kilka ruchów taką podsychającą pępowiną, to owodnia zeschnięta pęka i to przedewszystkiem w okolicy pierścienia skórnego, skutkiem czego stwarzamy niejako sami warunki pomyślne dla wtargnięcia drobnoustrojów. Gdy zaś resztkę pępowiny pozostawimy w największym spokoju, to po pewnym czasie również przyjdzie do oddzielenia się owodni od pierścienia skórnego, a to na mocy odczynu, jaki w tem miejscu powstaje; ale dzieje się to wtedy, kiedy dalsze, głębiej położone części w tejże okolicy, będą już dostatecznie na to przygotowane, gdy już sama przyroda stworzyła sobie niejako drugi wał ochronny, który ma zakażeniu zapobiegnąć i gdy już przyszło do wytworzenia się tkanki granulacyjnej. Z tego powodu uważałbym zaniechanie kąpieli noworodków, nawet z wody przegotowanej, aż do zupełnego zabliźnienia się pępka nie tylko za usprawiedliwione, ale nawet za wskazane. Z tego samego powodu należałoby dążyć do wprowadzenia w użycie krótkiego obcięcia pępowiny; łatwiej bowiem uchronić przed wykonaniem ruchów resztkę pępowiny na 1½ ctm. długą, aniżeli 6—7 ctm. To, że resztka pępowiny, w razie nie stósowania kąpieli, nieco później się oddziela, nie ma mojem zdaniem, żadnego znaczenia, gdyż po pierwsze różnica jest bardzo mała, bo przy równym sposobie opatrywania resztki pępowiny, wynosi według moich spostrzeżeń kilka dziesiątych części dnia, a więc co najwięcej kilka godzin, a po drugie, dla noworodka jest to rzeczą obojętną, czy zupełne oddzielenie się resztki pępowiny nastąpi kilka godzin później czy wcześniej, jeżeli tylko oddzielenie odbywa się prawidłowo. Jest tylko jedna trudność z wprowadzeniem w użycie krótkiego obcięcia pępowiny, to jest nieporadność i nizki stopień oświaty ogółu akuszerek. Teraz, gdy resztka pępowiny wynosi około 5—6 ctm., łatwo jest podwiązkę źle założoną przyciągnąć, lub nawet drugą założyć; gdy tymczasem na kikucie pępowiny 1½ ctm. długim nie uda się łatwo założenie drugiej podwiązki. Chcąc obciąć krótko pępowinę należy założyć podwiązkę dokładnie, aby nie potrzeba było robić następnie żadnych poprawek; przedtem zaś należy się przekonać, czy nie ma przepukliny pępkowej, a w tym względzie na ogół akuszerek bezwarunkowo zdać się nie można.

Natomiast zaniechanie ogólnie przyjętego zwyczaju stósowania kąpieli u noworodków, aż do zupełnego zabliźnienia

się pępka, nie może napotkać na żadne poważne trudności; natomiast, jak z wyżej podanego zestawienia jasno wynika, takie zaniechanie kąpieli obniża bardzo odsetek przypadków nieprawidłowego usychania i oddzielania się pępowiny i gojenia się rany pępkowej. Jeżeli już ten sam fakt powinien wpłynąć na zaniechanie odwiecznego zwyczaju kąpania noworodków, to wyniki otrzymane z porównania zachowania się ciężaru noworodków kąpanych i niekąpanych, powinny nas bezwarunkowo w tym względzie dostatecznie utwierdzić. Wyniki te w krótkości zestawiam poniżej:

	Noworodki niedonoszone, urodzone z wielorodek				Noworodki niedonoszone, urodzone z pierwiastek			
	kąpane		niekąpane		kąpane		niekąpane	
	Liczba przypadków	%	Liczba przypadków	%	Liczba przypadków	%	Liczba przypadków	%
Dnia 3-go ciężar równy pierwotnemu lub nieco wyższy .	2	11·7%	7	41·1%	1	7·1%	3	21·4%
Dnia 3-go ciężar mniejszy od pierwotnego	15	88·2%	10	58·8%	13	92·8%	11	78·5%
Dnia 9-go ciężar większy od pierwotnego . . . . , . .	9	52·9%	12	70·5%	5	35·7%	6	42·8%
Dnia 9-go ciężar równy pierwotnemu	5	29·4%	3	17·6%	6	42·8%	4	28·5%
Dnia 9-go ciężar mniejszy od pierwotnego	3	17·6%	2	11·7%	3	21·4%	4	28·5%
Ogólna liczba przypadków . .	17		17		14		14	

	Noworodki donoszone, urodzone z wielorodek				Noworodki donoszone, urodzone z pierwiastek			
	kąpane		niekąpane		kąpane		niekąpane	
	Liczba przypadków	%	Liczba przypadków	%	Liczba przypadków	%	Liczba przypadków	%
Dnia 3-go ciężar równy pierwotnemu lub nieco wyższy .	22	44%	56	57·2%	8	22·2%	39	54·9%
Dnia 3-go ciężar mniejszy od pierwotnego	28	56%	42	42·8%	28	77·7%	32	45%
Dnia 9-go ciężar większy od pierwotnego	31	62%	80	81·6%	20	55·5%	57	80·2%
Dnia 9-go ciężar równy pierwotnemu	12	24%	7	7·1%	11	30·5%	6	8·4%
Dnia 9-go ciężar mniejszy od pierwotnego	7	14%	11	11·2%	5	13·8%	8	11·2%
Ogólna liczba przypadków . .	50		98		36	-	71	

Jak z powyższego zestawienia przekonać się możemy, noworodki, u których nie stosowano kąpieli, prędzej przybierały na ciężarze, aniżeli kąpane codziennie. Wytłómaczyć to można pobudzającem działaniem kąpieli na przemianę materyi w ustroju, obok stosunkowo niedostatecznej ilości pokarmu w pierwszych dniach życia. Jeżeli kąpiel noworodka trwa krótko, trzy do pięciu minut, tak jak to miało miejsce w naszych przypadkach, natenczas działanie to oczy-

wiście nie jest tak wybitnem; jeżeli jednak weźmiemy pod uwagę, że w praktyce prywatnej dzieje się inaczej, że tam kąpiel trwa bardzo często do dziesięciu minut i to zwykle dwa razy dziennie, a nie jak w naszych przypadkach raz na dzień, to musimy przyjąć, iż różnice w zachowaniu się ciężaru ciała noworodków kąpanych i niekąpanych muszą być w takich warunkach większe. Że po kąpieli noworodek czuje potrzebę dłuższego spoczynku, tak jak gdyby czynność ta go zmęczyła, dowodem tego jest spostrzeżenie, że nawet niespokojnie się zachowujące noworodki, zwykły przesypiać się po kąpieli kilka godzin bez przerwy, ku wielkiej radości otoczenia, a zwłaszcza osób, zajmujących się pielęgnowaniem noworodka; to też zaniechanie kąpieli noworodków napotka prawdopodobnie na pewien opór, dostatecznie zresztą zrozumiały. Tu zaznaczyć muszę, że w żadnym z liczby 200 przypadków, w których kąpieli nie stósowano, nie zauważyłem żadnego działania niekorzystnego tak na stan ogólny, jako też miejscowo: noworodki niekąpane zachowywały się zupełnie tak samo, jak te, u których kąpiele stósowano; zdawaćby się mogło nawet, że były więcej ożywione, a to z powodu, iż nie zasypiały tak długo, jak tamte, po każdej kąpieli.

W celu utrzymania dostatecznej czystości u noworodków, u których kąpieli nie stósowano, obmywano i oczyszczano starannie wacikami, zamaczanymi w wodzie letniej, okolicę części płciowych i otworu stolcowego, pośladki i uda i to kilka razy dziennie, to jest po każdorazowem oddaniu stolca.

Jeżeli teraz zesumujemy nasze zapatrywania w krótkich słowach, w celu zużytkowania ich w praktyce, to dadzą się one streścić w następujących wnioskach:

1) Od chwili urodzenia należy dostarczać noworodkowi odpowiedniego pokarmu w dostatecznej ilości. W tym celu u osób ciężarnych, u których zaraz po porodzie nie można się spodziewać dostatecznej ilości pokarmu, należy już przy końcu ciąży stósować odpowiednią dyetę, a nawet zabiegi miejscowe.

2) Karmienie noworodka powinno się rozpocząć już w kilka godzin po urodzeniu i odbywać się w regularnych odstępach czasu, to jest mniej więcej co 2 godziny w dzień, a co 3 godziny w nocy.

3) Nie należy pozostawiać długo noworodka przy piersi, lecz po zaspokojeniu pierwszego głodu, przerwać karmienie.

4) Jeżeli będziemy postępować według wskazówek, podanych w dwu ostatnich punktach, to wymywanie jamy ustnej u noworodków silnych, zdrowych, donoszonych jest zupełnie zbyteczne.

5) Opatrywanie resztki pępowiny i rany pępkowej powinno się odbywać ściśle według zasad postępowania bez — lub przeciwgnilnego. Ze względu na łatwość zanieczyszczenia u noworodków, okolicy pępkowej i resztki pępowiny, a dalej z powodu łatwiejszego stósowania, korzystniej jest opatrywać przeciwgnilnie. W tym celu najlepiej stósować leki w postaci zasypki, a na podstawie własnego doświadczenia mogę w tym celu śmiało polecić dermatol, mniej już kseroform i amyloform.

6) Stósowanie kąpieli u noworodków powinno być zaniechane aż do zupełnego zabliźnienia się pępka, a to, po pierwsze, w celu stworzenia jak najkorzystniejszych warunków dla prawidłowego usychania i oddzielania się resztki pępowiny i gojenia się rany pępkowej, a powtóre, w celu uniknięcia powiększenia i tak już bardzo żywej przemiany materyi w młodym organizmie.

7) Zamiast stósowania kąpieli, które bądź co bądź mają jak obecnie wielkie znaczenie, zwłaszcza wśród mniej zamożnej warstwy społeczeństwa, jako jedyna sposobność do oczyszczenia powierzchni ciała noworodka, należy kilka razy dziennie, w miarę potrzeby, stósować zmywanie i oczyszczanie letnią wodą pośladków, okolicy narządu płciowego i kończyn dolnych.

Sprawę podwiązywania pępowiny nie można narazie uważać za załatwioną.

Stósowania podwiązek kauczukowych i krótkiego obcinania pępowiny nie można narazie polecać akuszerkom i tylko pod nadzorem lekarza to postępowanie może być bezpiecznie wykonywane. Tymczasem musi pozostać dalej w powszechnem użyciu dłuższe obcięcie pępowiny i tasiemka niciana do jej podwiązywania.

IV. Oceny i sprawozdania.

Otrzymujemy następujący list:

Kilka uwag odnośnie do artykułu kol. Landaua p. t. „Przyczynek do etyologii porażeń mozgowych u dzieci".

W 47 Nrze Przeglądu lekarskiego opisuje kol. Landau przypadek porażenia mózgowego u czteroletniej dziewczynki, kładąc główny nacisk na etyologię, a mianowicie drogą wykluczenia przychodzi do przekonania, że w jego przypadku cierpienie było albo wrodzone, albo nabyte skutkiem szczepienia ochronnego krowianką, ze względu, że rany szczepienne zabliźniły się dopiero po trzymiesięcznem ropieniu.

Bliższe zastanowienie się jednak nad tym przypadkiem, który jest zresztą typowym obrazem połowiczego porażenia mózgowego u dziecka, każe szukać etyologii gdzie indziej, a zapatrywanie kol. L. musi pozostać tylko nieuchwytną hipotezą.

Według wywiadów dziecko to urodziło się przy porodzie bliźniaczym, drugie dziecko wśród drgawek zmarło w pierwszym tygodniu życia, a ono samo również w pierwszych dniach miało drgawki, które się powtarzały do 4go roku. Przemawia to stanowczo za tem, że cierpienie mózgowe w tym wypadku datuje się od pierwszych dni życia; że zmiany degeneracyjne zauważono dopiero z końcem pierwszego roku, pochodzi stąd, że do wytworzenia ich potrzeba dłuższego czasu, a nadto dziecko było niedokładnie przez rodziców obserwowane, bo n. p. porażenia nóżki nigdy nie zauważyli.

Wiadomo na podstawie tu odnoszących się prac Strümpla, Gaudarda, Oppenheima, Westphala i Wallenberga, że porażenie mózgowe u dzieci (Polioencephalitis, Strümpell) może być wrodzone, lub nabyte. Wrodzone jest postacią rzadką, a przyczyną jego bywa najczęściej kiła, dalej urazy i szkodliwe wpływy psychiczne wśród ciąży. W tym przypadku kiłę można wykluczyć, bo musiałyby być i inne objawy kiły dziedzicznej, a poprawa lekka którą kol. L. zauważył po nacieraniach szaruchy nie była znaczną, a zresztą wystąpiła ona już poprzód pod wpływem leczenia prądem przerywanym, miesieniem i kąpielami borowinowemi.

O urazach fizycznych i wstrząśnieniach psychicznych wśród ciąży nie znajdujemy również wzmianki w wywiadach, czyli możemy drogą wykluczenia przyjąć, że żadna z przyczyn, wywołujących porażenie mózgowe wrodzone u dzieci, w tym przypadku nie zadziałała, a więc nie było ono wrodzone.

Przechodząc do postaci porażeń mózgowych nabytych, to najczęstszą przyczyną tego cierpienia, zwłaszcza, jeżeli,

jak w tym przypadku pierwsze objawy wkrótce po porodzie zauważono, są urazy wśród porodu, osobliwie dłużej się przeciągającego (n. p. przy ścieśnieniu miednicy, położeniu miednicowem), operacye położnicze (porody kleszczowe) i zamartwica noworodka, nadto najróżnorodniejsze choroby zakaźne u dzieci.

W przypadku kol. L. był to poród bliźniaczy, który zwykle przeciąga się dłużej, w którym płód narażony jest na urazy, a odsetek śmiertelności noworodków znacznie większy, niż przy porodzie zwykłym, naprzód z powodu dłuższego trwania porodu, a powtóre z powodu słabszego ich fizycznego rozwoju.

Przyczyny więc cierpienia mózgowego w tym wypadku należy szukać wśród porodu; zaczem przemawia jeszcze i ta okoliczność, że i drugie dziecko zmarło wśród drgawek, a nie można ich uważać za wrodzone ani za następstwa szczepienia ochronnego krowianką.

Również nie można podzielać zdania kol. L., że przypadek ten zasługuje na uwagę z powodu wczesnego wystąpienia choroby, gdyż najczęściej wydarza się ona u dzieci między 1 a 4 rokiem życia (S. E. Heuschen).

Dr. Maurycy Ameisen.

Na list Dr. Ameisena otrzymaliśmy następującą odpowiedź:

Na powyższe wywody uważam sobie za obowiązek udzielić następujących wyjaśnień: Co się tyczy rozpoznania, nie ulegało dla mnie najmniejszej wątpliwości, że przezemnie opisany przypadek przedstawia typowy obraz porażenia mózgowego u dziecka, jak to już w pracy mojej zaznaczyłem. Najważniejszym punktem, co do którego ma zachodzić różnica w zapatrywaniach między autorem uwag krytycznych a mną, jest czynnik etyologiczny cierpienia. Kol. A. powiada: „O urazach fizycznych i wstrząśnieniach psychicznych wśród ciąży nie znajdujemy również wzmianki w wywiadach, czyli możemy drogą wykluczenia przyjąć, że żadna z przyczyn, wywołujących porażenie mózgowe wrodzone u dzieci, w tym przypadku nie zadziałała, a więc nie było ono wrodzone“. Czyż kol. A. sądzi, że w każdym przypadku czynnik etyologiczny porażenia mózgowego wrodzonego jasno się nam przedstawia i że rozpoznanie porażenia mózgowego wrodzonego stanowczo odrzucimy, jeżeli przyczyny cierpienia nie odnajdziemy? Ja sądzę, że rozpoznanie porażenia wrodzonego utrzymać możemy bez znajomości przyczyny porażenia, polegając jedynie na objawach klinicznych i uwzględniając czas pojawienia się porażenia. Czynnik etyologiczny zaś ma znaczenie ze względu na patologię i terapię cierpienia.

W dalszym ciągu powiada kol. A.: „Przyczyny więc cierpienia mózgowego w tym przypadku należy szukać wśród porodu, za czem przemawia jeszcze i ta okoliczność, że i drugie dziecko zmarło wśród drgawek, a nie można ich uważać za wrodzone, ani za następstwo szczepienia ochronnego“. Dla czego i na jakiej podstawie autor stanowczo odrzuca możność istnienia cierpienia wrodzonego lub na tle zakażenia po długotrwałem ropieniu, a kategoryczny wydaje sąd, że cierpienie powstało wśród porodu, nie jest mi jasnem, tembardziej że o porodzie długotrwałym nie wspominałem; autor więc drogą wykluczenia powinienby przyjąć (jak wyżej) że poród był normalny i nie przeciągał się dłużej. Porażenia mózgowe wrodzone zaś (według znakomitego klinicysty-pedyatry Henocha) są te, w których objawy występują zaraz po porodzie. A czyż możemy stanowczo na podstawie wywiadów wykluczyć, że wśród drgawek, które wystąpiły po porodzie, nie było osłabienia, lub nawet porażenia rączki prawej? Według kategorycznego oświadczenia kol. A. sądzićby należało, że każde porażenie mózgowe u dziecka, pochodzącego z bliźniąt, należy uważać za powstałe wśród porodu, gdyż kol. A. powiada, że „nie można go uważać ani za wrodzone, ani za następstwo szczepienia ochronnego krowianką“. W artykule moim nie przemawiałem stanowczo za jedną lub drugą przyczyną choroby, ale poddałem pod rozwagę czytelników obydwie możliwości, a przypadek opisałem dlatego, ponieważ etyologia jest niejasną. — Co do okresu wystąpienia choroby, to uważam, że cierpienie wcześnie się pojawiło, jeżeli przyjmiemy początek choroby w pierwszych ośmiu dniach [1]).

V. Wyciągi.

Mueller z Monachium: **O stosowaniu elastycznych i nieelastycznych balonów w położnictwie.** (*Münchener medicinische Wochenschrift* Nr. 41, 1897 r.). W celu wywołania porodu przedwczesnego stósował M. śródmacicznie balony u osób ciężarnych ze ścieśnioną miednicą, na kilka tygodni przed prawdopodobnym kresem ciąży. Postępował on w sposób następujący: Przez ujście mało rozwarte wprowadzał do macicy mocny balon nieprężny (nieelastyczny), wypełniał go wodą zapomocą drugiego balonu, służącego do napełniania i następnie pociągał za balon umieszczony w macicy. Siłę pociągającą stanowiły ciężarki, których waga dochodziła do trzech kilogramów, t. j. przeciętnej wagi noworodka. Po kilku godzinach takiego postępowania ujście było zwykle rozwarte zupełnie, a poród mógł być ukończonym obrotem na nóżki. Sposób ten uważa M. za najodpowiedniejszy do wzniecania przedwczesnych porodów i sądzi, że ta metoda, wraz z metodą rozszerzania instrumentalnego szyjki według Bossiego i Tarniera, ograniczą z czasem wskazania cięcia cesarskiego do tych przypadków w których ścieśnienie miednicy jest tak znaczne, iż przez nią nie można przeprowadzić zdolnych do życia płodów, nawet niedonoszonych. Inne środki stósowane w celu wzniecania przedwczesnego porodu, jako to: przestrzykiwania pochwy, rozszerzanie jej zapomocą balonów i zakładanie świeczek do jamy macicznej, mają zdaniem autora tę niedogodność, że rozwarcie zupełne ujścia macicznego pozostawiają macicy samej i czynią zależnem od siły jej skurczów, która niekiedy może być do tego celu niewystarczająca, zwłaszcza w przypadkach, w których skurcze macicy tylko tak długo trwają, jak długo działa podnieta, po usunięciu zaś jej czynność porodowa ustaje. Stosując zaś balon, działamy zdaniem autora więcej czynnie, gdyż pociągając balon, wypełniony i uwięziony w macicy, rozwieramy sami jej ujście niezależnie od siły skurczów mięśnia macicznego. Do tego celu nadają się zdaniem autora najlepiej balony nieprężne gdyż elastyczne, jako słabsze, łatwiej mogą pęknąć, a nadto zastosowują swój kształt do wielkości ujścia tak, że nawet wypełnione płynem do wielkich rozmiarów, przy pociąganiu mogą przechodzić przez ujście nawet mało rozwarte.

Rozszerzanie pochwy zapomocą balonów stosował M. dla rozszerzenia ujścia zewn. macicy wśród porodu, tudzież w dwóch przypadkach celem zmiany nieprawidłowego kierunku osi macicznej. W jednym przypadku chodziło o macicę ciężarną w 5 m. k., tyłozgiętą i przytwierdzoną zrostami w tem położeniu. Wszelkie usiłowania ręcznego odprowadzenia macicy zawiodły, balon założony do pochwy i pozostawiony w niej przez trzy godziny, odprowadził macicę w położenie prawidłowe. W drugim przypadku istniało sztuczne przodozgięcie macicy, skutkiem poprzód wykonanej operacyi przyszycia macicy do pochwy (vagino fixatio) u osoby rodzącej w 8 m. k. Z powodu nieprawidłowego kierunku osi macicznej poród przeciągał się znacznie. M. założył do pochwy balon w celu podniesienia dna macicy ku górze, poczem miał zauważyć znaczny postęp czynności porodowej. Z innych wskazań do rozszerzenia pochwy (Kolpeoryzy) wśród porodu wymienia autor łożysko przodujące, tudzież ochronę pęcherza płodowego przy miednicach ścieśnionych.

Piotrowski.

[1]) Redakcya dalszą polemikę na ten temat zamyka.

Hamburger: **O zbawiennym wpływie przekrwienia biernego i zapalenia w walce ustroju z mikrobami** (*Ctblt. f. B.*, 1897, T. 22, Nr. 14 i 15). W badaniach swoich nad isotonią krwi przekonał się H., że przy nasycaniu krwi kwasem węglowym, zmienia się rozdział pewnych jej składników między ciałka a surowicę; surowica zawiera mianowicie więcej białka, tłuszczu, cukru i staje się silniej zasadową, zmniejsza się w niej natomiast zawartość chloru. Pod tym względem różnica między prawidłową krwią żylną a tętniczą jest bardzo znaczna; tak n. p. zawiera krew żył szyjnych o 8% więcej cukru, a o 25% więcej zasad, niż krew tętnic szyjnych. W ostatnich czasach zwrócono uwagę na to, że zasadowość krwi odgrywa wielką rolę w walce ustroju z drobnoustrojami. Oprócz badań w pracowniach przemawiają za tem także spostrzeżenia, że robotnicy, zajęci przy obrabianiu wapna, ulegają stosunkowo rzadko gruźlicy, zaś klasa robocza żywiąca się głównie ziemniakami, cierpi często na zołzy. Pierwszy fakt możnaby tłómaczyć tem, że zasadowość krwi staje się wysoką wskutek ciągłego wdychania zasadowych związków wapna; co do drugiego spostrzeżenia, to Cohnstein i inni wykazali, że pokarm wyłącznie roślinny obniża zasadowość krwi. Wobec tego postanowił H. zbadać, czy surowica krwi, nasyconej kwasem węglowym i posiadającej wysoką zasadowość, posiada również silniejszy wpływ na drobnoustroje, niż surowica krwi, nienasyconej kwasem węglowym. Doświadczenia odpowiednio wykonane z gronkowcem złocistym i z prątkiem wąglikowym wypadły dodatnio. Podobnież przekonał się H., że prawidłowa surowica zwykłej krwi żylnej daleko silniej upośledza rozwój drobnoustrojów, niż zwykła surowica tętnicza. Zgodnie z dawniejszemi badaczami stwierdził dalej H., że przekrwienie tętnicze sprzyja rozwojowi zapaleń zakaźnych, przekrwienie zaś żylne mu przeszkadza i w ten sposób stara się nadać znanej metodzie Biera, polecającego w gruźliczych sprawach kończyn stósować przekrwienie żylne, umiejętne teoretyczne podstawy, sądząc, że pomyślny wpływ tego sposobu polega na wzroście zasadowości krwi wskutek zastoju żylnego. Ciecz przesączynowa, gromadząca się przy tej metodzie w tkankach, posiada, według badań H., również wzmożoną zasadowość. Podobny wzrost zasadowości ma następować w zapaleniu, ponieważ i tam rozwija się zwolnienie prądu krwi żylnej, a co zatem idzie, także nagromadzenie się kwasu węglowego w tkankach i wypocinie i wzrost zasadowości cieczy tkaninowych w zapalnie zmienionym narządzie. Cała ta zmiana zaś wywiera na rozwój drobnoustrojów wpływ niekorzystny.
Ciechanowski.

Fritsch: **Nowy sposób otwierania macicy przy cięciu cesarskiem.** (*Centralblatt für Gynäkologie.* 1897. Nr. 20). F. poleca otwierać macicę, celem wydobycia płodu, cięciem poprzecznem w dnie, nie dochodzącem po obu stronach do początku trąbek. F. widzi w zastósowaniu tego cięcia dużo korzyści, a mianowicie cięcie powłok przypada wyżej niż zwykle, co chroni od powstawania w bliźnie przepuklin, które wytwarzają się najczęściej poniżej pępka; powtóre przez niewielki stosunkowo otwór w powłokach można całą macicę na zewnątrz wytoczyć, a brzegi rany powłok szczelnie do macicy przylegają tak, że krew do jamy brzusznej się nie dostaje. Po otwarciu macicy w dnie nastawiają się (najczęściej) nóżki płodu, więc wydobycie dziecka jest przez to nader ułatwione. Po wydobyciu płodu rana w ścianie macicy zmniejsza się znacznie wskutek skurczu mięśni, a ponieważ szwy przebiegają prostopadle do przebiegu naczyń, więc po założeniu już pierwszego szwu krwotok zupełnie ustaje. Wreszcie i sfałdowanie w tem miejscu otrzewnej pozwala na wygodne założenie szwu Lemberta. *Ww.*

S. Bronowski: **Mleczan strontu w chorobie Brighta.** (Odbitka z Pam. Tow. lek. Warsz. T. 92, Z. 4). Na podstawie spostrzeżeń klinicznych przy łóżku chorego (13 przypadków), jakoteż doświadczeń na zwierzętach, dochodzi autor do wniosku, że mleczan strontu działa w wielu przypadkach wybitnie moczopędnie — i do pewnego stopnia zmniejsza ilość białka.

Największe moczopędne działanie zauważono w świeżych ostrych miąższowych postaciach zapalenia nerek i to dość rychło, bo już w 3cim dniu podawania leku — moczenie wynosiło do 4000 ctm³; wybitne działanie w jednym przypadku pierwotnego śródmiąższowego zapalenia nerek, w mniejszym zaś stopniu w przewlekłych postaciach. Bez skutku okazał się powyższy lek w trzech przypadkach przewlekłych, gdzie naparstnica i kofeina moczenia również wcale nie zwiększały.

Lek ten nie ma żadnego wpływu na czynność serca, ani na oddechanie; — trzeba jednak pilnie baczyć, by nie był zanieczyszczonym barytą, którą łatwo wykazać za pomocą dwuchromianu potasowego.

Podaje się lek ten w roztworze 12.0:180.0, co dwie godziny po łyżce stołowej; — można dojść do 12 gramów na dzień.

Moczopędne działanie mleczanu strontowego jest, według autora, następstwem rozszerzenia naczyń nerkowych, — a nie drażnienia przybłonków. — Morfina, równocześnie podawana, zmniejsza działanie moczopędne. *Dr. Kędzior.*

Hitzig: **O nierównych źrenicach w przebiegu raka gardzielowego i o znaczeniu tego objawu.** (*Deutsche medicin. Wochenschrift.* Nr. 36. r. 1897). Różnica szerokości źrenic, występująca przy guzach śródpiersia, zależną być może bądź od ucisku na pień nerwu spółczulnego, bądź też od obrażenia pierwszego korzenia grzbietowego, z którym biegną włókna oczno-źreniczne, prowadzące gałąź zespalającą n. spółczulnego (ramus communicans sympathici). Obok zanikowego porażenia mięśni ręki ze znamiennem zaburzeniem czucia, występuje zwężenie źrenicy, słabo na światło oddziałującej, zwężenie szpary powiekowej tejże strony i cofnięcie się gałki.

Autor przytacza z kliniki prof. Eichhorsta 5 przypadków raka gardzielowego, w których zwężenie źrenicy dotyczyło zawsze lewej strony, oraz szósty, w którym obok zwężenia źrenicy, występowało także zwężenie szpary powiekowej na stronie prawej, połączone z zupełnem porażeniem nerwu wstecznego (recurrentis) prawej, niezupełnem zaś (paresis) lewej strony.

Dla zrozumienia tych objawów przypomnieć sobie trzeba, że włókna oczno-źreniczne występują, opuściwszy *centrum cilio spinale inferior*, z rdzenia pacierzowego wspólnie z przednim korzeniem grzbietowym i jako gałąź zespalająca, łączą się z pasmem przykręgowem n. spółczulnego.

Guz w wysokości pierwszego korzenia grzbietowego, t. j. 20 cm. po za rzędem zębów, musi zatem wywołać objawy oczno-źreniczne. To, że zwykle lewa źrenica dotkniętą bywa, tłómaczy się według autora, położeniem gardziela, który zwykle nieco na lewą stronę bywa przesunięty.
Bol. Wicherkiewicz.

Björn Floderus: **Kliniczne przyczynki do wyjaśnienia związku między gruczołem krokowym a jądrami.** (*D. Z. f. Ch.* T. 45). Autor przeprowadziwszy liczne badania na gruczole krokowym przy jednostronnej lub obustronnej testektomii, wysnuwa następujące wnioski: testektomia obustronna, wykonana w dzieciństwie, wywołuje niedokształt gruczołu krokowego; u dorosłych wywołuje zmniejszenie przedtem niezmienionego gruczołu; przy przeroście czasami nie wpływa na zmniejszenie gruczołu; gruźlica zlokalizowana w gruczole po obustronnej testektomii zwykle dalej się nie rozwija; przy jednostronnej testektomii z reguły następuje zmniejszenie jednoimiennej strony gruczołu niezmienionego; nie zapobiega testektomia jednostronna następowemu przerostowi gruczołu, często towarzyszy tej operacyi zanik jednoimiennego pęcherzyka nasiennego. *St. D.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie wyborcze dnia 16 Grudnia 1897 r.
Przewodniczący kol. Surzycki. — Obecnych członków 30.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Imieniem komisyi przedwyborczej, zawiadamia kol. Mars. że komisya zwróciła się z prośbą do ustępującego prezesa kol. Surzyckiego, by zechciał godność prezesowską zatrzymać na rok trzeci. Kol S. na to się jednak nie zgodził, tłómacząc się brakiem czasu i nawałem różnych zajęć.

Jako kandydatów na stanowiska w Tow. lek. na rok 1898 przedstawia komisya przedwyborcza: Na prezesa kol. prof. Jakubowskiego, na wiceprezesa kol. Bielańskiego, na skarbnika, wobec rezygnacyi kol. prof. Zarewicza, kol. Gwiazdomorskiego, na redaktora »Przegl. lek.« Dra Kwaśnickiego, na sekretarza dorocznego kol. Ksawerego Górskiego. Na członków komisyi redakcyjnej koll. Obalińskiego, Poniklę, Marsa i Raczyńskiego; na delegatów do Rady zawiadowczej i na walne zebranie Tow. lek. gal. koll. Bylickiego i Gluzińskiego Antoniego, wreszcie na członków komisyi kontrolującej koll. Mączkę i Gwiazdomorskiego.

Do skrutynium zaprasza kol. przewodniczący koll. Zolla i Górskiego.

Wybrani zostali:

Prezesem kol. prof. Jakubowski, wiceprezesem kol. Bielański, skarbnikiem kol. Gwiazdomorski, redaktorem kol. Kwaśnicki, sekretarzem dorocznym kol. Górski. Do komisyi redakcyjnej koll.: Obaliński, Ponikło, Mars, Raczyński. Do komisyi kontrolującej koll.: Mączka i Gwiazdomorski. Na delegatów do Rady zawiadowczej koll.: Bylicki i Antoni Gluziński.

Posiedzenie zamknęło krótkie okolicznościowe przemówienie kol. prof. Jakubowskiego i kol. Kwaśnickiego.

Sekretarz: *Dr. Eugeniusz Borzęcki.*

VII. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka

W sprawie lekarzy okręgowych.

(Dokończenie. Patrz Nr. 3).

Teraźniejszy lekarz coraz częściej wymaga pomieszczenia chorego w szpitalu, jeżeli rozchodzi się o rzeczywiste leczenie. Obecnie trzeba być człowiekiem zamożnym, aby w własnym domu módz mieć te wszystkie urządzenia, jakich wymaga operator dla zapewnienia pomyślnego wyniku po operacyi. Wobec coraz bardziej wzrastającego przepełnienia mieszkań, zarówno po miastach i miasteczkach, a może jeszcze w wyższym stopniu po wsiach; lekarz w każdej chorobie, do leczenia której potrzeba dla chorego pewnej wygody, spokoju, powietrza i ciepła, — nie mówiąc już o potrzebie odosobnienia ze względów sanitarno-policyjnych,— będzie doradzał umieszczenie chorego w szpitalu. A zresztą, co najważniejsza, obecnie nawet w chorobach wewnętrznych lekarz nie ogranicza się do przepisania leków aptecznych, ale posługuje się różnemi metodami leczniczemi, aby zaś módz je wykonywać, potrzebuje mieć chorego w swem pobliżu, w dobrych warunkach higienicznych i mieć jako tako zapewnioną pomoc osoby w pielęgnowaniu chorych przyuczonej. Tego lekarz nie ma na wsi, jeżeli nie jest kierownikiem szpitala, w którymby mógł chorego na czas leczenia umieścić.

Dlatego lekarz okręgowy, którego głównem zadaniem ma być leczenie chorych, jeżeli nie ma oddanego sobie szpitala, jest żołnierzem bez broni.

Ustawa o organizacyi służby zdrowia w gminach nakłada więc na gminy, utrzymujące własnych lekarzy, obowiązek utrzymywania odpowiednio urządzonego lokalu dla chorych, celem niesienia natychmiastowej pomocy dla chorych potrzebujących przytułku i opieki, oraz dla rodzących. Dla okręgów sanitarnych nie ma tego obowiązku wyraźnie wypowiedzianego, lecz natomiast w instrukcyi dla lekarzy gminnych i okręgowych (pod lit. n.) zawarty jest obowiązek, że tam, gdzie nie ma osobnego lekarza szpitalnego, lekarz gminny, względnie okręgowy, ma bezpłatnie leczyć chorych w znajdującym się w gminie „lokalu dla chorych“.

Otóż wprawdzie unikano w ustawie (a rozumie się samo przez się i w instrukcyi) wypowiedzenia słowa „szpital“, bo Sejm obawiał się zbytecznego obciążenia kraju i powiatów, gdyby był ustawowy obowiązek dostarczania budynków szpitalnych w każdym okręgu, ale nie ulega wątpliwości, że przez wyraz „lokale dla chorych“ rozumiano skromne, stósownie do potrzeb miejscowych zastósowane małe szpitaliki, bez wielkiego aparatu administracyjnego.

I w tem leży wskazówka, jak dalej w tym względzie postępować należy.

Nikt nie zaprzeczy, że Galicya ma mało szpitali i najmniejszą liczbę łóżek szpitalnych, w stosunku do ludności, ze wszystkich krajów koronnych, reprezentowanych w Radzie państwa. Ale co gorsza, istniejące szpitale są niekorzystnie rozłożone tak, że niemal w połowie całego kraju, bo w 34 powiatach politycznych z ludnością $2^1/_2$ milionową, niema ani jednego łóżka szpitalnego, a w niektórych okolicach najbliższy szpital oddalony jest o 50—70 kilometrów. Nic też dziwnego, że u ludu naszego odesłanie chorego do szpitala napotyka nieraz silny opór, bo sam chory powiada: „mam umierać, to przynajmniej niechaj umrę między swoimi, a nie na obczyźnie“. Odwożą też chorych tylko w ostatecznych razach; ztąd małe wyniki leczenia, a w następstwie tego strach przed pomieszczeniem w szpitalu.

Jednym z dobrych skutków ustawy sanitarnej z roku 1891 jest korzystniejsze rozmieszczenie lekarzy po kraju. Z 83 okręgów, w roku 1897 istniejących, w 44-ch nigdy przed organizacyą nie było lekarza; w 12-tu zaś okręgach byli niegdyś chirurdzy, lecz po ich ustąpieniu lub śmierci, przez czas dłuższy nie mógł lub niechciał osiąść żaden doktor medycyny. Otóż tak samo jak ta ustawa musi usunąć szkodliwą centralizacyę lekarzy w stolicach kraju i w większych miastach, tak samo musi z czasem doprowadzić do decentralizacyi szpitali.

W tym duchu przemawiałem na II. Zjeździe c. k. lekarzy powiatowych dnia 30. Kwietnia 1892, na którym byli zgromadzeni niemal wszyscy lekarze urzędowi z całego kraju. Stawiałem za przykład Bawaryę, która, znacznie mniejsza od Galicyi, ma cztery razy tyle łóżek szpitalnych, a sześć razy więcej szpitali niż Galicya tak, że 85% wszystkich szpitali ma mniej niż 50 łóżek. Przedstawiłem korzyści mniejszych szpitali, polegające na tem, że koszt budowy jest mniejszy, równie jak koszta zarządu, że jest większa możność zajęcia się lekarza każdym chorym z osobna, że oczyszczenie, przewietrzanie szpitala jest łatwiejsze, że bez trudności można taki szpital w dogodnych warunkach higienicznych umieścić, że wreszcie dla chorych jest możność uzyskania pomocy szpitalnej bez dalekiego transportu. Zwróciłem uwagę, że zarządy Kas chorych coraz bardziej przychodzą do przekonania, że leczenie szpitalne jest dla członków Kasy najlepszem, a dla zarządu najtańszem i że, w miarę rozwoju tych kas, ilość członków, szukających pomocy w szpitalach, zwiększać się musi. Dlatego też zachęcałem zebranych lekarzy powiatowych, do użycia swego wpływu, aby powiaty budowały szpitale mniejsze, odpowiadające wymogom higieny, i z materyału takiego, na jakie środki materyalne powiatu pozwalają, gdyż lepiej mieć szpital drewniany, jak go nie mieć wcale. (Streszczenie tego wykładu znajduje się w numerze 23. „Przeglądu lekarskiego“ z roku 1892, w sprawozdaniu Dra Obtułowicza z II. Zjazdu lekarzy powiatowych).

Jestem silnie przekonany, że jeżeli dziś młodzi zdolniejsi lekarze, mający dłuższą praktykę szpitalną, nie garną

się wcale do posad lekarzy okręgowych, to przyczyna tego nie leży w tem, jakoby ci lekarze obawiali się pracy wśród ludu wiejskiego, lub odstraszeni byli nizkimi dochodami, lecz w tem, że taki lekarz, nie mając szpitala, nie chce się podjąć obowiązków trudnych do wykonania. Wszak płace kierowników niektórych szpitali powszechnych nie były do końca roku 1897 wcale wyższemi od płacy lekarza okręgowego, która zresztą w ustawie tylko co do minimum jest ograniczoną, a wyższą być może, stósownie do stosunków miejscowych. A przecież w ostatnich dziesięciu latach na każdą opróżnioną posadę lekarza w szpitalu powszechnym nie brak było zupełnie ukwalifikowanych kompetentów. To samo będzie z okręgami sanitarnymi: gdy w nich będą szpitale, nie będzie braku dobrych lekarzy, a w następstwie tego ciągle będzie wzrastać zaufanie ludności do tej instytucyi; tudzież, widząc sama korzyści z niej, chętnie ponosić będzie wydatki z jej utrzymaniem połączone — i, w miarę rozwoju czynności — wzrastające. Wszak i dziś, — mimo to, że lekarze okręgowi nie mogą rozwinąć pełnej działalności, że rząd nie ma żadnego środka przymusu na rozwój organizacyi służby zdrowia w gminach, — sama ludność dopomina się o lekarzy okręgowych i mamy powiaty takie, które z własnych funduszów opłacają już dwóch lub trzech lekarzy okręgowych i chcą dalsze dwa okręgi z własnych funduszów kreować. Wszak na rok 1898 dopomina się ludność o kreowanie przeszło 20tu nowych okręgów, które prawdopodobnie nie przyjdą do skutku, ponieważ Wydział krajowy nie wstawił do budżetu krajowego na r. 1898 żadnego dalszego kredytu na ryczałty dla lekarzy okręgowych, a jedynie dla już istniejących okręgów.

Bardzo pouczającą pod tym względem jest historya rozwoju służby sanitarnej „ziemstw“ w Rosyi, opisana przez prof. Erismana w czasopiśmie: *Deutsche Vierteljahresschrift für öffentliche Gesundheitspflege* w tomie 29-tym z r. 1897 p. t. *Die Entwickelung der landschaftlichen Medizin und Gesundheitspflege in Russland.* Dr. Erisman, poprzednio profesor higieny w Moskwie, usunięty z powodów politycznych z tej posady, jest obecnie profesorem tego samego przedmiotu w Zurychu; więc ani o brak znajomości przedmiotu, ani o stronnicze przedstawienie sprawy, nie może być posądzony, chociaż z niezmiernemi pochwałami o całej tej instytucyi się wyraża. Każdemu, kto się interesuje sprawami zdrowia publicznego, mogę tylko gorąco zalecić przeczytanie tej rozprawy, lecz nie mogę pominąć, aby chociaż w krótkich zarysach nie przedstawić treści jej.

Otóż prof. Erisman określa »Ziemstwa“ jako organa miejscowego samorządu i, w zasadzie, jako tak republikańską instytucyę, jaka nie jest znaną w żadnem monarchicznem państwie zachodniej Europy. Polityka jest stanowczo wykluczoną z zakresu działania ziemstw i można je zresztą porównać z ustrojem kantonów szwajcarskich. Ziemstwa zostały do życia powołane w początku panowania cara Aleksandra II, zatem przed więcej jak 30-tu laty, a w akcie ustawowym, określającym zadanie i kompetencyę tej instytucyi, wypowiedziano, że ziemstwa są powołane: „głównie do współdziałania w życiu społecznem ludności i w granicach zakreślonych przez ustawę starać się mają o oświatę ludu, zdrowie publiczne itd.

Nic też dziwnego, że wobec tak elastycznego brzmienia ustawy, reakcyjne prądy zawsze starały się ścieśniać zakres działania ziemstw i stawiały im najróżnorodniejsze trudności w ich rozwoju. Lecz nic to nie pomogło.

Jedną z pierwszych czynności ziemstw (oprócz poprawy środków komunikacyjnych, szkolnictwa, ubezpieczeń itd.) była opieka nad zdrowiem publicznem. Ustanowiono więc przedewszystkiem lekarzy ziemstw, (tak jak u nas okręgowych), i polecono im każdą gminę odwiedzać w pewnych regularnych odstępach czasu (zazwyczaj dwa razy w miesiącu). Lecz lekarz był wszędzie i nigdzie, szukał on chorych, lecz częściej szukali chorzy lekarza, nikt nie był zadowolony. Potrzeba było „latających“ po okręgu lekarzy ustalić, a stało się to w ten sposób, że w siedzibie lekarza ziemstwa urządzono szpital z kilkunastoma najczęściej łóżkami, a obok lokale obszerne dla ambulatoryjnego leczenia przychodnich chorych, nie mniej aptekę. Każdy opłacający podatki ma prawo być leczony bezpłatnie przez lekarza ambulatoryjnie, w cięższych przypadkach w szpitalu, albo, o ile czasu lekarzowi starczy, w mieszkaniu chorego i otrzymać bezpłatnie lekarstwo z apteki ziemskiej. Aby dać wyobrażenie o rozwoju tej na wskróś autonomicznej instytucyi, pozwolę sobie z pracy prof. Erismana wyjąć niektóre cyfry. Gubernia moskiewska, mająca obecnie około $1^{1}/_{2}$ miliona ludności, miała w r. 1866 tylko 2 szpitale ziemskie (właściwie ambulatorya); w roku 1896, 75, wyłącznie do ziemstw należących, a 68 szpitali prywatnych i fabrycznych, stojących w związku z ziemstwami; razem więc 143 szpitali, z których tylko 28 nie mają łóżek szpitalnych, lecz są właściwie ambulatoryami. W r. 1879 było łóżek szpitalnych w tej gubernii 638, w roku 1893, 2300; chorych w szpitalach leczonych w 1879 roku 4.785, w 1893 roku 29.703; chorych ambulatoryjnie leczonych w szpitalach ziemskich w 1893 r. 421.328, w szpitalach prywatnych, pozostających w stosunku z ziemstwami 190.002, razem chorych 611.330, wizyt 1,015.351. W domach odwiedzili lekarze ziemstw w r. 1893 chorych 15.068, zakaźnych chorych po wsiach 12.505, rodzących po za szpitalami 2.475, zaszczepili 58.354 osób. To wszystko w jednej guberni o $1^{1}/_{2}$ milionowej ludności. W miarę rozwijającej się czynności ziemstw w kierunku sanitarnym wzrastał też budżet wydatków, tak zwyczajnych na płace personalu i leki, jak i nadzwyczajnych, na budowę szpitali, ambulatoryów, zakładanie aptek i t. d. W przeciągu też 25-ciu lat wzrósł budżet wydatków sanitarnych ziemstw guberni moskiewskiej dziesięciokrotnie i doszedł w roku 1895 do pokaźnej sumy 400.000 rubli na wydatki zwyczajne, a 300.000 rubli na nadzwyczajne, razem 700.000 rubli.

Uposażenie lekarzy ziemstw jest stosunkowo bardzo dobre, zazwyczaj pobiera lekarz rocznie 1.200 rubli, czasem 1.500 -1.800 rubli. — mieszkanie z opałem i oświetleniem i ryczałt na podróże 300 do 400 rubli. Mieszkanie jest zwykle w osobnym domu w pobliżu szpitala i apteki.

W skutek uprzejmości Dra Józefa Polaka, redaktora czasopisma *Zdrowie* w Warszawie, posiadam kilka roczników wydanych przez ziemstwo guberni karskiej, a w jednym z nich (z r. 1883) zamieszczony jest szkic szpitala na 12 łóżek, wraz z lokalami dla przychodnich chorych, dla apteki, mieszkaniem felczera i akuszerki, a mniej więcej według tego samego typu są szpitale w guberni moskiewskiej zbudowane.

Ponieważ rząd rosyjski nie wszędzie pozwolił na utworzenie autonomicznych ziemstw i, jak prof. Erisman podnosi, wszędzie tam, gdzie przeważa wśród ludności element polski lub niemiecki, obawiano się nadać pewnych praw samorządu (a więc w całem królestwie polskiem, w krajach nadbałtyckich i w wielu rosyjskich południowych guberniach), utworzono w tych prowincyach lekarzy państwowych, dla leczenia ludności pobudowano szpitale itd., jednem słowem wprowadzono rządową organizacyę służby zdrowotnej w gminach. Dr. Erisman przeprowadza w swej rozprawie porównanie rozwoju organizacyi sanitarnej ziemstw w 34 guberniach i rządowej w 12 guberniach i dochodzi do konkluzyi, że ziemstwa przeszło drugie tyle łożą na wydatki sanitarne, co rząd i że w ogóle opieka sanitarna rządowa jest niedostateczną i ani w części nie przynosi tych korzyści, co organizacya autononomiczna.

Dr. Erisman widzi wyższość organizacyi sanitarnej ziemstw nad organizacyą sanitarną państwową: po 1° w samopomocy, w swobodzie działania i możności osobistej inicyatywy, która możliwa jest tylko tam, gdzie jest samorząd, choćby nawet ograniczony; 2° w tem, że w ziemstwach jest ta instancya, która ustanawia lekarza, i od której on jest zależnym, w takiem pobliżu, że jest możliwość uwzględnienia wszelkich jego wniosków, a po 3-cie, że w ziemstwach

odgrywa rolę element kolegialny, który zawsze ułatwia pracę.

Dlatego też wielu wysokich urzędników rosyjskich zwracało kilkakrotnie uwagę rządu centralnego na niedostateczność czysto urzędniczej służby sanitarnej i przedstawiało wnioski wprowadzenia organizacyi ziemstw tam, gdzie jej dotąd nie ma.

U nas Dr. Sawicki jest innego zdania: on przedstawia w swym artykule w *Przeglądzie lekarskim* wniosek, aby czysto autonomiczną instytucyę lekarzy okręgowych przekształcić w czysto urzędniczą organizacyę.

Kończąc, nie mogę powstrzymać się od wyrażenia żalu, że Dr. S. wystąpił z zarzutami przeciw tak potrzebnej instytucyi lekarzy okręgowych, nie zbadawszy sprawy dokładnie, że opierał się w swoich wywodach na mylnych danych i że przez to podał broń przeciwnikom tej instytucyi.

Jeżeli chociaż w części zdołam naprawić to złe, które Dr. S. dla sprawy wyrządził, cel mój będzie zupełnie osiągnięty. —

Lwów 8. stycznia 1898.

Dr. Józef Merunowicz.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków 20 Stycznia.

* Dnia wczorajszego odbyło Towarzystwo lekarskie krakowskie posiedzenie administracyjne, na którem urzędnicy Towarzystwa zdali sprawę z całorocznej działalności.

Następnie wznowiono rozprawy nad projektem etyki lekarskiej, którego wszystkie paragrafy ostatecznie zostały uchwalone.

* Rozgłos, nadany tajemniczemu wynalazkowi prof. Schenka, nie jest czemś odosobnionem lub nowem: kto pamięta rolę prasy i oddziaływanie społeczeństwa na wiadomość o kochinie, temu analogia, *mutatis mutandis*, stanie przed oczyma. Prof. Schenk, przypuszczać należy, pracuje i zapewne wydoskonala dalej swoją metodę; bo nie musi ona być jeszcze dojrzałą, skoro wynalazca nie ogłosił jej na właściwej drodze, a tem samem nie poddał krytycznej ocenie specyalistów i zawodowców.

Dzięki wielkiej uprzejmości prof. Adametza podajemy w dzisiejszym numerze rzut oka na obecny stan nauki o dowolnem wpływaniu na płeć potomstwa u zwierząt. Zestawienie to, wychodzące z pod pióra tak kompetentnego, jest ostatniem słowem wiedzy w tej sprawie.

* Minister wyznań i oświaty poruczył rektorowi Akademii weterynaryjnej we Lwowie, prof. J. Spilmanowi, wykłady weterynaryi w lwowskim wydziale lekarskim.

* Łódzkie Towarzystwo lekarskie ukonstytuowało się na r. 1898, wybierając prezesem Dr. Jonschera, wiceprezesem Dr. Goldsobla, sekretarzem Dr. Rundę, bibliotekarzem Dr. Jasińskiego, kasyerem Dr. Kruschego.

* Sejm galicyjski nadał *veniam aetatis* prymaryuszom: Dr. Muszkietowi w Żółkwi, Dr. Wysockiemu w Złoczowie, Dr. Oświecimskiemu w Bochni i Dr. Macudzińskiemu w Jaśle.

* Sprawa zaliczenia do emerytury dotychczasowych lat służby niektórym prymaryuszom naszych szpitali prowincyonalnych została załatwioną przychylnie przez komisyę petycyjną; gdy jednak referent Wydziału krajowego, Dr. Hoszard, wyłuszczył odmienne stanowisko Wydziału krajowego, ujęli się za pokrzywdzonymi posłowie Prof. Dr. Jordan i dyrektor Rotter. Na wniosek posła Dunajewskiego sprawa została odesłana do sejmowej Komisyi sanitarnej z poleceniem załatwienia jej. Przekonani jesteśmy, że tak Komisya sanitarna, jak i Wysoki Sejm, pójdą drogą prawa i sprawiedliwości. Życie poucza, że oszczędność uzyskana drogą czyjejkolwiek krzywdy, staje się w swych następstwach wielce k o s z t o w n ą.

Sanok 1 Stycznia. Jeżeli w miastach takich, jak Kraków i Lwów posiedzenia naukowe lekarskie odbywają się co 2 tygodnie i obfitują w bogaty porządek dzienny, to na prowincyi, gdzie brak instytucyj lekarskich, nie należy się dziwić, że posiedzeń jest mniej, tudzież, że treść tych posiedzeń wyczerpuje się prędko.

Mimo to jednak Sekcya sanocka, pod kierunkiem kolegi prezesa Dra Czyżewicza, odbyła w roku ubiegłym trzy posiedzenia, mianowicie 10 lutego w Sanoku, 10 maja w Lisku i 20 listopada w Brzozowie. Pomijając pierwsze z tych posiedzeń, które było więcej administracyjne, wspomnę o dwu następnych, gdyż zainteresowały one niezmiernie obecnych członków, a to dzięki dwom odczytom i całemu szeregowi pogadanek naukowych. Nie będę się zapuszczał w treść tych odczytów, pogadanek i dyskusyi, tylko nadmienię, że treścią I-go odczytu Dra Galanta było przedstawienie najnowszych poglądów na odporność i uodpornienie; zaś treścią II-go, odczyt Dra Zaleskiego: O leczeniu krwotoków w V okresie porodowym i w pierwszych godzinach połogu. Oba odczyty, a szczególniej pierwszy, dał powód do długiej dyskusyi, z której obecni wiele skorzystali, gdyż przeważnie rozbierane były najnowsze poglądy leczenia surowicą. Nie mniej też i pogadanki naukowe zainteresowały członków, gdyż dotyczyły przeważnie nowszych prac, badań i nowych sposobów leczenia.

Nietylko jednak zajmowano się sprawami naukowemi: na wszystkich posiedzeniach roztrząsano sprawy dotyczące zawodu lekarskiego, zwłaszcza etyki lekarskiej.

Również zajmowano się kasami chorych robotników, sprawą ubezpieczenia lekarzy, nieodpowiedniem traktowaniem lekarzy przez sądy powiatowe i dyrekcye kolei żelaznych. We wszystkich tych sprawach uchwalone wnioski przedłożono już to Izbie lekarskiej, już też Towarzystwu lekarzy galicyjskich. Obecnie sekcya nasza liczy wszystkich członków 18, a spodziewamy się, że z przybyciem nowych sił młodych do powiatu i szpitala i ruch naukowy zwiększy się między nami i ocuci innych kolegów, zupełnie nie komunikujących się z sekcyą.

Dr. E d w a r d P i o t r o w s k i,
sekretarz sekcyi sanockiej.

* W rozprawie Protomedyka Dra Merunowicza, pod tytułem „W sprawie okręgów sanitarnych“ zaszły następujące pomyłki:
na str. 34, w szpalcie 2-giej, 4-ty wiersz od góry, zamiast **1772** ma być **1882**; w wierszu 5-tym: zamiast **30,8‰** ma być **30,8%**; w wierszu 6-tym: zamiast **24,5‰** ma być **24,5%**

na str. 35, w szpalcie 2-giej, w wierszu 8-mym, po słowie ilości — opuszczono wyraz **lekarzy**.

Mianowania: Docent Akademii lekarskiej w Petersburgu, Konrad Wagner, mianowany został profesorem kliniki dyagnostycznej w Kijowie.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Wiktor Żelazowski, wychowaniec Uniw. krakowskiego, zmarł w Stakowie (Król. polskie) w 48 roku życia. — W Warszawie zakończyli życie: Maurycy Kleczkowski i Franc. Ksawery Zaleski. Dr. Jan Minkiewicz, znany chirurg, zmarł w Tyflisie.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W „Nowinach lekarskich“ Nr. 1: Dra S t a n o w s k i e g o (Gdańsk): Wartość elektryczności przy leczeniu rwy kulszowej. W „Medycynie“ Nr 3: Prof. Dra K o s i ń s k i e g o: Guz mózgu w okolicy bruzdy Rolanda lewej (c. d.). L e s z c z y ń s k i e g o L: Eter bromowy czy pental stosować należy do usypiań krótkotrwałych? W „Gazecie lekarskiej“ Nr. 3: S t a n k i e w i c z a C. (Łódź): Przyczynek do nauki o złośliwych nowotworach kosmówki. Dra C z a j k o w s k i e g o J.: Przypadek garbu lędźwiowego, leczonego metodą Calota. Dra P a w i ń s k i e g o J.: Asthma vesicale (dok.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie swe zwyczajne posiedzenie w dniu 26-go Stycznia, to jest we środę, o godzinie 6-tej wieczorem w „Collegium novum“, w sali Śniadeckich.

Na porządku dziennym:

1) Kol. Prof. Dr. Obaliński: Okaże i objaśni użycie narzędzi Bottiniego, służących do przypalania gruczołu krokowego.

2) Kol. Prof. Dr. Mars: O zapobieganiu gorączce połogowej w zakładach do nauczania przeznaczonych.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**